



CUESTIONARIO DE IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO EN VIAJEROS

QUESTIONNAIRE OF IDENTIFICATION OF RISK FACTORS IN TRAVELERS

Fecha de llenado: _____
Date : _____
Aerolínea: _____ Número de vuelo: _____ Número de asiento: _____
Airline Flight number Seat number

Estimado pasajero :
Dear passenger
Debido a la actual situación provocada por la emergencia sanitaria, le solicitamos que el siguiente cuestionario sea completado:
Due to the current situation caused by the health emergency, we request that the following questionnaire must be completed:

Nombre(s) : _____
Name

Apellido(s) : _____
last name

E-mail y Telefono con codigo de área: _____
cell phone and e-mail :

1 ¿ Que países o ciudades ha visitado en los ultimos 14 días?
What countries or cities have you visited in the last 14 days?

País: _____ Ciudad _____ Fecha de salida _____
Country City Departure date

País: _____ Ciudad _____ Fecha de salida _____
Country City Departure date

País: _____ Ciudad _____ Fecha de salida _____
Country City Departure date

País: _____ Ciudad _____ Fecha de salida _____
Country City Departure date

País: _____ Ciudad _____ Fecha de salida _____
Country City Departure date

País: _____ Ciudad _____ Fecha de salida _____
Country City Departure date

País: _____ Ciudad _____ Fecha de salida _____
Country City Departure date

País: _____ Ciudad _____ Fecha de salida _____
Country City Departure date

2 ¿ Ha estado en contacto con un caso confirmado del nuevo coronavirus?
Have you been in contact with a confirmed case of the COVID-19? Si (yes) No(no)

3 Indique la fecha en que estuvo en contacto con el caso:
Indicate the date you were in contact with the case _____

Por favor, rellene el siguiente control de salud:
Please fill in the following health check

4 ¿ Tiene alguno de los siguientes síntomas ?
4 Do you have any of the following symptoms?

- Temperatura de 38 grados o más Si (yes) No(no)
Temperature of 38 degrees or more
- Tos y/o estornudos frecuentes Si (yes) No(no)
Frequent cough and / or sneezing
- Sufre malestar, dolores de cabeza o cualquier otro problema de salud agudo Si (yes) No(no)
Suffer from discomfort, headaches, or any other acute health problem
- Dificultad respiratoria Si (yes) No(no)
Breathing difficulty

Firma de pasajero o tripulante: _____
Signature of passenger or crew:

La obtención, uso y distribución de datos personales estan protegidos conforme a lo establecido en la Ley Federal de Protección de datos personales en posesión de los particulares

The obtaining, use and distribution of personal data are protected in accordance with the provisions of the Federal Law on Protection of personal data held by individuals.

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO EN VIAJEROS

QUESTIONNAIRE OF IDENTIFICATION OF RISK FACTORS IN TRAVELERS

Fecha de llenado: _____
Date : _____
Aerolínea: _____ Número de vuelo: _____ Número de asiento: _____
Airline Flight number Seat number

Estimado pasajero :
Dear passenger
Debido a la actual situación provocada por la emergencia sanitaria, le solicitamos que el siguiente cuestionario sea completado:
Due to the current situation caused by the health emergency, we request that the following questionnaire must be completed:

Nombre(s) : _____
Name

Apellido(s) : _____
last name

E-mail y Telefono con codigo de área: _____
cell phone and e-mail :

1 ¿ Que países o ciudades ha visitado en los ultimos 14 días?
What countries or cities have you visited in the last 14 days?

País: _____ Ciudad _____ Fecha de salida _____
Country City Departure date

País: _____ Ciudad _____ Fecha de salida _____
Country City Departure date

País: _____ Ciudad _____ Fecha de salida _____
Country City Departure date

País: _____ Ciudad _____ Fecha de salida _____
Country City Departure date

País: _____ Ciudad _____ Fecha de salida _____
Country City Departure date

País: _____ Ciudad _____ Fecha de salida _____
Country City Departure date

País: _____ Ciudad _____ Fecha de salida _____
Country City Departure date

País: _____ Ciudad _____ Fecha de salida _____
Country City Departure date

País: _____ Ciudad _____ Fecha de salida _____
Country City Departure date

2 ¿ Ha estado en contacto con un caso confirmado del nuevo coronavirus?
Have you been in contact with a confirmed case of the COVID-19? Si (yes) No(no)

3 Indique la fecha en que estuvo en contacto con el caso:
Indicate the date you were in contact with the case _____

Por favor, rellene el siguiente control de salud:
Please fill in the following health check

4 ¿ Tiene alguno de los siguientes síntomas ?
4 Do you have any of the following symptoms?

- Temperatura de 38 grados o más Si (yes) No(no)
Temperature of 38 degrees or more
- Tos y/o estornudos frecuentes Si (yes) No(no)
Frequent cough and / or sneezing
- Sufre malestar, dolores de cabeza o cualquier otro problema de salud agudo Si (yes) No(no)
Suffer from discomfort, headaches, or any other acute health problem
- Dificultad respiratoria Si (yes) No(no)
Breathing difficulty

Firma de pasajero o tripulante: _____
Signature of passenger or crew:

La obtención, uso y distribución de datos personales estan protegidos conforme a lo establecido en la Ley Federal de Protección de datos personales en posesión de los particulares

The obtaining, use and distribution of personal data are protected in accordance with the provisions of the Federal Law on Protection of personal data held by individuals.